

LA INTERNACIÓN INVOLUNTARIA POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL CRITERIOS DE INTERNACIÓN Y CRITERIOS DE LEGITIMACIÓN EN EL MARCO DEL PARADIGMA SITUACIONAL

**(INVOLUNTARY PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION: ADMISSION CRITERIA AND LEGITIMACY
WITHIN THE FRAMEWORK OF THE SITUATIONAL PARADIGM)**

RESUMEN

La internación involuntaria por motivos de salud mental constituye una medida judicial de protección de derechos, excepcional, de *ultima ratio*, facultativa², terapéutica y restrictiva. Su implementación se rige por estrictos requisitos legales y normativos. La internación involuntaria configura un instituto jurídico procesal³ y, al mismo tiempo, un recurso terapéutico que se fundamenta en la determinación por parte del equipo interdisciplinario de que la persona, afectada por un padecimiento mental, se encuentra en una situación de riesgo cierto e inminente de daño para su vida, su integridad física o las de terceros; tal situación de riesgo debe estar condicionada por la existencia de un padecimiento mental⁴. Este enfoque es el fundamento del Paradigma Situacional. Este artículo distingue entre los criterios interdisciplinarios de internación y los criterios de legitimación de la internación involuntaria, considerando su interrelación indispensable y el proceso de su determinación, subrayando la importancia de ceñirse a un enfoque basado en el respeto irrestricto de los valores y derechos constitucionales fundamentales y de los principios bioéticos.

PALABRAS CLAVE: *internación involuntaria, riesgo cierto e inminente, peligrosidad, psiquiatría forense, paradigma situacional.*

ABSTRACT: Involuntary psychiatric hospitalization constitutes a judicial measure for the protection of rights that is exceptional, of last resort, discretionary, therapeutic, and restrictive. Its implementation is governed by strict legal and regulatory requirements. Involuntary hospitalization operates both as a procedural legal mechanism and a therapeutic resource grounded in the interdisciplinary team's determination that the individual, affected by a mental health condition, is in a situation of certain and imminent risk of harm to their own life or physical integrity, or that of third parties. This risk situation must be conditioned by the existence of a mental health condition. This approach forms the basis of the situational paradigm. This article distinguishes between the interdisciplinary criteria for admission and the legitimacy criteria for involuntary hospitalization, considering their essential interrelation and the process by which they are determined, underscoring the importance of adhering to an approach grounded in the unrestricted respect for fundamental constitutional values and rights, as well as bioethical principles.

KEYWORDS: *involuntary hospitalization, certain and imminent risk, dangerousness, forensic psychiatry, situational paradigm.*

Anibal Areco¹, Juan
Manuel Areco²,
Maximiliano Luna³

¹Perito Psiquiatra Forense,
Cuerpo Médico Forense,
Centro de Asistencia
Judicial Federal, Corte
Suprema de Justicia de la
Nación.

²Licenciado en psicología.
Perito de oficio P.J.N.

³Perito Psiquiatra Forense
del Cuerpo Médico Forense,
Centro de Asistencia
Judicial Federal, Corte
Suprema de Justicia de la
Nación.

Contacto: aareco@csjn.gov.ar

“DUDH/ONU/1948

Artículo 3: *Todos los seres humanos tienen derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona y de terceros*¹

INTRODUCCIÓN

La realización de una internación involuntaria por motivos de salud mental ha sido históricamente un tema de intenso debate. De la necesidad de brindar, al momento de decidir una internación involuntaria, protección prioritaria a los tres derechos constitucionales fundamentales⁵, el derecho a la vida (y sus extensiones al derecho a la salud, a la protección de la salud mental y a la internación), el derecho a la libertad y el derecho a la seguridad (individual y de terceros), surgen tensiones entre ellos; así como también surgen tensiones entre los principios bioéticos de Beauchamp y Childress⁶: el principio de no maleficencia/beneficencia, el principio de justicia y el principio de autonomía del paciente.

Como afirman Lorenzetti y Kraut⁷, “todas las personas son titulares de *lege data* de derechos fundamentales genéricos y específicos. Entre los últimos derechos específicos, se hará referencia seguidamente al de internación. Como se verá, este instituto no será ya el reflejo de una sanción para la persona, no será un método de exclusión, sino que se erige como un derecho en cabeza de la persona cuando por su situación de extrema vulnerabilidad requiere de una especial atención. Derecho a la internación cuando corresponda a las necesidades insoslayables de la persona, o sea cuando resulta imperioso en su beneficio (sentido terapéutico)”.⁸

Las internaciones involuntarias son medidas excepcionales de protección de derechos y están reguladas normativamente en el derecho civil por el Art. 41 del

Código Civil y Comercial de la Nación (CCyCN, código de fondo)⁹ y por los Art. 16 y del 20 al 26 de la ley 26.657 “Derecho a la Protección de la Salud Mental” (ley especial) y en el derecho penal las regulan el Art. 34, inciso 1°, párr. 2° del Código Penal de la Nación (código de fondo), los Art. 76 y Art. 77 del viejo Código Procesal Penal de la Nación (código de procedimiento) y los Art. 67, párr. 3° y Art. 68, párr. 2° del nuevo Código Procesal Penal Federal (CPPF)¹⁰ del año 2019 (código de procedimiento). El nuevo Código Procesal Penal Federal en su Art. 67, párr. 3°, ya no habla de la reclusión del inimputable en un establecimiento adecuado, sino que establece que ante una presunción de inimputabilidad en el momento del hecho, se dará intervención a la Justicia Civil a fin que se resuelva sobre las medidas de protección de derechos de acuerdo a la Ley especial 26.657; el Art. 68, párr. 2° del CPPF establece que si sobreviniere un padecimiento mental, se comunicará al juez civil, al abogado defensor particular o al abogado defensor público para que se resuelva sobre las medidas de protección de derechos de acuerdo a la Ley especial 26.657. Este plexo normativo establece que hay tres tipos de internación por motivos de salud mental y adicciones: voluntaria, involuntaria y judicial. Entre la normativa complementaria, se destacan la ley 26.529 de Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado y el Artículo 59 del CCyCN sobre el consentimiento informado.

En la Sección 3^a sobre “Restricciones a la capacidad” del CCyCN, el Artículo 41, inc. c, establece que “la internación involuntaria debe concebirse como recurso terapéutico excepcional”. Así, para el CCyCN la internación involuntaria es una restricción a la capacidad jurídica de ejercicio y debe ajustarse a los principios

comunes del parágrafo 1º y a las reglas generales de la sección del Art. 31 del CCyCN. La legislación especial en salud mental (Ley 26.657), ha establecido además, un marco de mayores garantías, restringiendo esta medida a situaciones de emergencia (con riesgo de vida). Este plexo normativo se encolumna en el Paradigma Situacional, el cual prioriza la evaluación interdisciplinaria y multifactorial del riesgo situacional, con fundamento psicopatológico, en un contexto actual, longitudinal, diacrónico y biográfico, en el que se encuentra la persona, en contraposición al enfoque sincrónico en modo aquí y ahora, transversal, y meramente diagnóstico. Comprender los fundamentos de esta indicación terapéutica requiere diferenciar claramente los requisitos legales que legitiman la privación involuntaria de la libertad de los criterios interdisciplinarios que permiten realizar su indicación con un fin psicoterapéutico en la práctica clínica asistencial en salud mental.

MARCO CONCEPTUAL

La práctica asistencial en el campo de la salud mental, particularmente en lo que respecta a las internaciones involuntarias, impuso la utilización (fallida) de la fórmula internativa “presenta riesgo cierto e inminente”. En esta fórmula, de uso también habitual en el ámbito judicial al solicitar requerimientos periciales, se utiliza el término “riesgo” como un rasgo o atributo de la persona. Si la persona “presenta riesgo”, pasa a ser considerada una persona riesgosa para dañarse a sí misma o a terceros; así, se sostiene, y se le da continuidad y vigencia a la doctrina de la peligrosidad criminal de la escuela criminalística positivista italiana del siglo XIX, paradigma que la Ley 26.657 ha superado. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ya se expidió sobre la inconstitucionalidad y el carácter

anticonvencional de la utilización del concepto de peligrosidad en el fallo Gramajo (CSJN Fallos. Tomo 329: Vol 3, Pág. 3696) del año 2006.¹²

La fórmula “riesgo cierto e inminente” sería entonces, un concepto abstracto, una yuxtaposición de significantes carentes de un significado preciso, resultando un criterio vacío de significado que falló en su implementación. Con respecto a la noción de “situación de riesgo”, Valeria Vegh Weis¹¹ propuso que, “a los efectos de convalidar esta medida terapéutica (la internación involuntaria) debe encontrarse presente el “riesgo situacional” –“situación de riesgo cierto e inminente”– es decir que no es un rasgo propio de la persona, sino que de modificarse el ambiente de la persona, es posible que el riesgo ya no exista. Ello permite apartarse del concepto de peligrosidad, herencia del positivismo criminológico, que era concebido como un carácter inherente al sujeto y permitía especular sobre el comportamiento futuro de la persona, en flagrante vulneración del respeto a la autonomía, la libertad y la autodeterminación, y sin perjuicio de que la carencia de base científica de la peligrosidad ya había sido asentada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo Gramajo”.¹²

El marco conceptual incluye todo lo relativo al respeto y cumplimiento del proceso de consentimiento informado en la relación de los profesionales de la salud mental con las personas que asisten. Todas las decisiones e indicaciones psicoterapéuticas propuestas por los profesionales médicos o psicólogos, deben garantizar para su realización, el respeto a los valores de la persona y la autonomía¹³ del paciente en la toma de decisión terapéutica, luego de recibir de parte del profesional, información completa, clara, precisa y adecuada sobre su estado de salud y la propuesta terapéutica. En el Capítulo 3 sobre

derechos y actos personalísimos de la persona humana, el CCyCN, en su Art. 59 sobre consentimiento informado para actos médicos, establece que el médico puede prescindir del consentimiento del paciente, ante una situación de emergencia (crisis de salud mental con riesgo de vida) y si considera que su actuación para resolverla debe ser urgente y necesaria, de acuerdo a su criterio médico (Art. 59 CCyCN, último párrafo).

Entre los antecedentes del enfoque situacional, en el año 2011, Toro Martínez proponía que “la ley plantea que su noción de riesgo es un atributo del momento y de la situación”¹⁴, continuando el mismo autor sugiriendo realizar una asimilación de la noción de “estado” (desde una perspectiva médica) con la noción de “situación” para terminar concluyendo “que la ley entiende al riesgo de daño como un atributo de estado, esto es una situación en la que alguien se encuentra o está y luego puede salir y no estar” y que “es más propio del pensamiento médico diagnosticar un estado de riesgo que una condición de peligrosidad (que es un atributo de la persona)”. Más adelante, en el año 2024¹⁵, retomó la idea junto a J.M. Martínez Ferreti y M. Cesoni de que el riesgo es un atributo del momento y de la situación, para terminar postulando que “la ley entiende al riesgo de daño como un atributo de estado esto es una situación en la que alguien se encuentra y luego puede salir, “que para la ley el riesgo de daño constituye un estado”, que “el criterio situacional debe entenderse como un estado psíquico” y al riesgo como “atributo de estado”, postulados con los que no coincidimos desde nuestro enfoque situacional. Tampoco coincidimos con la idea que “deberá entenderse a la certeza como expresión de la convicción del equipo interdisciplinario acerca de la gravedad del mismo surgida de la evaluación clínica”¹⁶, ya que los atributos

de certeza e inminencia se refieren a la “situación de riesgo”, y no a la convicción del equipo interdisciplinario en la toma de decisiones.

Desde el enfoque del Paradigma Situacional consideramos inadecuado plantear al riesgo como atributo de estado, ya que este enfoque sería equivalente al planteo positivista de la peligrosidad como atributo de la persona; seguir hablando de “estado” en el campo de la psiquiatría legal y forense, podría retrotraer la discusión al concepto de la doctrina, ya superada, del “estado peligroso”¹⁷⁻¹⁸ concepto *princeps* del paradigma peligrosista, vinculado a un perfil conductual delictivo de carácter permanente, y fundamento del paradigma positivista y punitivista de la peligrosidad. Desde el enfoque peligrosista, Grispigni¹⁹ afirmaba que “una persona es peligrosa en tanto sea psíquicamente anormal”, llegando a afirmar Bonnet²⁰ que “se procederá a formular el diagnóstico y muy especialmente el pronóstico de peligrosidad del sujeto, o si se quiere en otros términos: el juicio de peligrosidad”, posiciones que hoy se consideran inconstitucionales, inaceptables y superadas. La noción de estado, en el campo psicojurídico, remite indefectiblemente al concepto de “estado peligroso”, concepto que representa una doctrina que el nuevo código CCyCN y la moderna legislación en salud mental desterraron. Recomendamos en este aspecto, a los profesionales integrantes de los equipos interdisciplinarios de salud mental, incorporar y retener para la redacción de un informe (dictámen) interdisciplinario la noción de la “situación de riesgo de daño cierto e inminente”, en la que “riesgo” es un rasgo o atributo de la situación (riesgo situacional) y ya no como un atributo o rasgo de estado. El Art. 20 de la ley 26.657 se refiere a una “situación de riesgo” y no hace ninguna referencia al concepto o noción de estado,

que queda limitado en la ley 26.657 al “estado de lucidez” del inciso c del Art. 16 y al derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un “estado inmodificable” del inciso n del Art. 7; la noción de “situación de riesgo” del Art. 20 adquiere así una categoría de instituto jurídico y es el fundamento del Paradigma Situacional.

UNA INTERPRETACIÓN FALLIDA AL ART.20 DE LA LEY 26.657

La interpretación “oficial”²¹ del Art. 20 de la Ley 26.657 que se impuso desde su sanción en el año 2010, estableció que el paradigma del riesgo venía a reemplazar al paradigma de la peligrosidad (criminal).²² Sin embargo, esta interpretación no aportó claridad conceptual ya que el inciso a de dicho artículo exige la constatación interdisciplinaria de que una persona se encuentre en una “situación de riesgo cierto e inminente”, a la que hace referencia el 1er párrafo del artículo 20, únicamente con la finalidad de legitimar la privación de la libertad de la persona. Por tanto, que la persona se encuentre en una situación de riesgo cierto e inminente, no configura un criterio de internación, sino que se trata de un verdadero criterio de legitimación de la restricción a la libertad individual.

En el informe interdisciplinario (dictamen del Art. 20, Ley 26.657) es recomendable que los profesionales consignen a qué riesgo se refieren (“riesgo de daño” del art. 5 y art 20) y, también, que utilicen la fórmula legitimadora en los términos en que fue concebida por el legislador: si la persona se encuentra en una “situación de riesgo de daño cierto e inminente para la vida y la integridad física de sí misma o de terceros”.

Entendemos también que sería innecesario otorgarle al concepto de riesgo un calificativo de gravedad (“riesgo grave”)²³⁻²⁴⁻²⁵, considerando que los

bienes jurídicos involucrados son la vida, la integridad física, la libertad, la seguridad de la persona o de terceros y el derecho a la protección de la salud mental (todos derechos constitucionales fundamentales), que eximen de agregarle un calificativo de gravedad al concepto de riesgo. Una situación de riesgo de daño para la vida de la persona configura una verdadera “emergencia médica”, “emergencia psiquiátrica” o “emergencia de salud mental” (todas con riesgo de vida).

Vale aclarar que en el campo sanitario argentino distinguimos entre dos categorías referidas a una crisis de salud: “urgencia médica” y “emergencia médica”; definimos una “urgencia médica” cuando la crisis de salud requiere una atención que puede ser diferida para su resolución (Ej: un cólico renal o un ataque de pánico) y una “emergencia médica” cuando requiere una resolución inmediata y no admite dilaciones porque está comprometida seriamente la vida de la persona (Ej: un infarto agudo de miocardio o ideas de suicidio incoercibles). De esta manera, la “situación de riesgo de daño cierto e inminente” definida por el Art. 41 del CCYCN y el Art. 20 de la ley 26.657 configura una verdadera “emergencia médica” con riesgo de vida, o una “urgencia vital”, como se utiliza en la legislación española²⁶ y la connotación de gravedad está implícita en la misma, por los bienes jurídicos que se encuentran en riesgo.

Como dicen Gastaldi y Gulli,²⁷ es claro que la fórmula internativa “riesgo cierto e inminente” trae consigo problemas de interpretación con respecto a su alcance y sentido: qué es riesgo, qué es cierto, qué es inminente; estos problemas de interpretación sobre su alcance y sentido, se allanan si la interpretación parte de una lectura rigurosa de la fórmula legitimadora “situación de riesgo cierto e inminente”. La fórmula “riesgo cierto e inminente” ha devenido como dijimos más

arriba en una entidad abstracta, un significante vacío de significado, que impide que sea interpretada de manera razonable, sin entrar en contradicciones. De ahí, la necesidad de recurrir a una lectura precisa del texto del Art. 20 de la ley 26.657 y a una nueva interpretación, a la luz de los 15 años de implementación transcurridos desde su sanción, que apporte consistencia argumentativa a los profesionales de los equipos interdisciplinarios de salud mental encargados de realizar las evaluaciones interdisciplinarias y los correspondientes dictámenes profesionales interdisciplinarios del inciso a del artículo mencionado.

SITUACIÓN DE RIESGO VS. PELIGROSIDAD CRIMINAL

El antiguo concepto de “peligrosidad criminal” de finales del siglo XIX, surgió como un dispositivo jurídico que buscaba prevenir futuros delitos en el marco de la escuela penal positiva que descarta el libre albedrío (escuela clásica) como justificación de la pena. Esta escuela positivista sostiene entonces que la culpabilidad penal se fundamenta en la peligrosidad criminal como requisito objetivo que genera la característica de condición peligrosa de un sujeto, requisito subjetivo. Esta noción de “peligrosidad criminal” aparece como reacción ante la característica de la escuela penal clásica y su lógica de condena penal retributiva sustentada en el libre albedrío, y también surge de la lógica de la escuela penal positivista que plantea que la magnitud de la pena sea proporcional a la peligrosidad²⁸.

Desde el enfoque del Paradigma Situacional, en la fórmula “situación de riesgo cierto e inminente”, el riesgo no se concibe como una condición del sujeto, sino que se cristaliza como una condición, característica o atributo de la situación en la que se encuentra la persona con una

vulnerabilidad de su psiquismo. Mientras que la peligrosidad criminal es una característica o un atributo del sujeto, en el concepto de “situación de riesgo”, el riesgo es un atributo de la situación, por tanto, nos referimos a un riesgo situacional. El inc. 1º, párr. 2º del Art. 34 CPN se refiere al enfermo peligroso.

Así como para la RAE²⁹ peligro y riesgo son sinónimos, conceptualmente en el ámbito jurídico, peligro y riesgo también lo son.³⁰ Además, peligrosidad y riesgosidad,³¹⁻³² en tanto atributos de la persona, también son sinónimos. La manera de superar esta verdadera “trampa” o paradoja conceptual (la interpretación del artículo 20 de la ley 26.657 que propone al concepto de riesgo cierto e inminente como superador de la peligrosidad criminal) es a partir del enfoque que proponemos desde el Paradigma Situacional, entendiendo al “riesgo (situacional) de daño, cierto e inminente” establecido en el artículo 41 del CCYCN y en el artículo 20 de la Ley 26.657, como un atributo de la situación en la que se encuentra la persona.

“RIESGO CIERTO E INMINENTE” NO ES UN CRITERIO DE INTERNACIÓN

Desde el enfoque situacional, “riesgo cierto e inminente” no es un criterio de internación, ni tampoco es un síntoma clínico o un conjunto de signos y síntomas que configure un síndrome clínico psicopatológico. Los criterios de internación son interdisciplinarios y con fundamentos clínicos y psicopatológicos. Consideramos así, desde el enfoque situacional, al riesgo como un atributo de la situación en la que se encuentra la persona, pasando a configurar una verdadera situación de riesgo para el individuo, preservando a la persona de calificaciones propias del modelo peligrosista que el actual modelo social de la discapacidad impone superar. En esta inteligencia, y desde el enfoque del

Paradigma Situacional³³ que proponemos, la “fórmula legitimadora” más adecuada al espíritu del Art. 11 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³⁴ de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), del Art. 41 del CCYCN y del Art. 20 de la Ley 26.657, sería la siguiente: la persona “se encuentra en una situación de riesgo de daño, cierto e inminente, para su vida, su integridad física o las de terceros”. Esta “fórmula legitimadora” es el principal “requisito legal de legitimación”, entre otros, que debe establecerse de manera interdisciplinaria a los fines de legitimar lo que para el derecho es una privación de la libertad individual. Nos remitimos en este punto a la definición de “situación de riesgo” del artículo 11 “Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias”,³⁵ de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, que está integrada a la Constitución Nacional.

Al equipo interdisciplinario de salud mental del servicio asistencial que realice la internación no le corresponde “ordenar” una internación involuntaria; esta competencia recae únicamente en jueces civiles (art. 21, Ley 26.657) y jueces penales (art. 34 CPN, inc. 1°, 2° párrafo y Art. 76 y 77 del CPPN); en este aspecto, remarcamos la diferencia entre “ordenar” una internación involuntaria (reservado a los jueces civiles y penales) e “indicar” una internación involuntaria (reservado a médicos y psicólogos en el ejercicio de su profesión).

Todas las instancias previas al ingreso de una persona a un establecimiento de salud para realizar una internación por motivos de salud mental deben estar a cargo y deben ser resueltas por los profesionales tratantes, médicos psiquiatras (Ley 17132 del año 1967, Reglas del arte de curar para el ejercicio de la medicina)³⁶ y/o psicólogos (Ley N° 23.277 del año 1985, Ejercicio profe-

sional de la psicología³⁷) de la matrícula, en pleno ejercicio de sus profesiones reconocidas y autorizadas por el estado. Sin embargo, la indicación terapéutica (“internación psiquiátrica” o “internación por motivos de salud mental”) de un médico psiquiatra o de un psicólogo puede realizarse con anterioridad al ingreso de la persona al establecimiento de salud. El médico especialista en psiquiatría y el licenciado en psicología están autorizados a indicar internaciones por motivos de salud mental. Estas indicaciones terapéuticas deben ser realizadas con el fundamento científico y ético que corresponde a cada profesión o disciplina, siendo así suficiente para que la indicación terapéutica se realice, si correspondiera, con apoyo de los servicios de salud, ya sea de las obras sociales, los prepagos o el servicio público. En los casos que correspondiera, las indicaciones terapéuticas deberán también contar con apoyo del Poder Judicial y de las fuerzas de seguridad (Art. 42 CCyCN)³⁸ si la urgencia y complejidad del caso lo requieren.

CRITERIOS DE INTERNACIÓN. LOS CRITERIOS DE INTERNACIÓN SON INTERDISCIPLINARIOS Y CON FUNDAMENTO PSICOPATOLÓGICO

Los criterios de internación son múltiples e interdisciplinarios, entre los que se destacan las manifestaciones clínicas y psicopatológicas que el psiquiatra y psicólogo, como integrantes del equipo interdisciplinario, reconocen para fundamentar la existencia de una situación de riesgo de daño para la vida de la persona que presenta una condición de vulnerabilidad psicopatológica. Son, en esencia, los criterios diagnósticos aquellos que permiten al equipo interdisciplinario asistencial identificar y justificar la existencia de esa situación de riesgo de daño cierto e inminente para la vida o la

integridad física de la persona o de terceros, siempre que esté condicionada por su vulnerabilidad psicopatológica.

Siguiendo a Lorenzetti R.L. y Kraut A., “La indicación de internación involuntaria siempre procede del dictamen emanado de un equipo interdisciplinario, de acuerdo a lo que marcan el inciso a del Art. 41 CCYCN y la legislación específica vigente (Ley 26.657), y la ejecuta de manera inmediata, *ad referendum del tribunal*”,³⁹ por lo que se trata de una medida judicial “facultativa”, en última instancia. “Los criterios para el internamiento involuntario son en la práctica bastante amplios: delirios o alteraciones sensoperceptivas, alteraciones de conducta por incumplimiento terapéutico, ideación o intentos suicidas, incapacidad para cuidar de sí mismos por ausencia de conciencia de enfermedad, heteroagresividad en pacientes con psicopatología de base”.⁴⁰

El psicólogo junto con el psiquiatra, cada uno en su rol dentro del equipo interdisciplinario, valoran los antecedentes, identifican los signos y síntomas específicos y las alteraciones en la capacidad de juicio o discernimiento que hacen que la situación de riesgo de daño en la que se encuentra la persona sea una realidad inminente. La clínica psiquiátrica desarrolló un método particular de abordaje de su objeto de estudio (el psiquismo, el aparato psíquico o la mente de la persona y los padecimientos mentales). Este método, denominado psiquiátrico fenomenológico comprensivo, utilizado para realizar el examen del psiquismo, se fundamenta en la entrevista psiquiátrica y en la facultad o capacidad del psicólogo o del psiquiatra para comprender y penetrar psicológicamente el psiquismo del examinado.

Los principales criterios clínicos y psicopatológicos que subyacen a la determinación de la existencia de una situación de riesgo de daño para la persona, incluyen: 1. alteración del juicio,

de la capacidad de discernimiento o pérdida de la autonomía: un elemento central es la incapacidad de la persona, debido a su trastorno mental, para comprender su situación actual, evaluar las consecuencias de sus acciones (o inacciones) y tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado y seguridad. Si la persona conserva esta capacidad para tomar decisiones terapéuticas, su consentimiento es primordial. 2. presencia de sintomatología psicopatológica aguda, que genera entre otras múltiples variables, la situación de riesgo. Esto abarca un espectro de manifestaciones clínicas, tales como: a) ideación suicida activa, con o sin un plan estructurado o intentos de autolesión recientes: son indicadores directos y contundentes de riesgo de daño para la propia vida. b) conducta agresiva auto o heteroagresiva incontrolable: se refiere a amenazas creíbles o conductas de agresión y violencia física autodirigidas o dirigidas a terceros. c) alteraciones del contenido del pensamiento: delirios o ideas delirantes. d) alteraciones sensoperceptivas: alucinaciones. e) desorganización conductual o incapacidad extrema para el autocuidado básico: imposibilidad de alimentarse, hidratarse, mantener la higiene o buscar abrigo, lo que pone en riesgo inminente la vida por desatención. Esto puede observarse en estados depresivos severos con estupor, en psicosis muy desorganizadas o síndromes catatónicos. f) excitación psicomotriz: un estado de inquietud y actividad motora desordenada e incontrolable que puede derivar en lesiones accidentales o intencionales.

Como ocurre en la clínica médica, la clínica asistencial en el campo de la salud mental consiste en la realización de una evaluación clínica psicopatológica y la consecuente toma de decisiones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas, inciertas pero racionales, y por lo general, en condiciones de incertidumbre. Todas

las decisiones diagnósticas y terapéuticas que tomamos en nuestra práctica asistencial se fundamentan en tres aspectos: la realización de una evaluación clínica con orientación psicopatológica, los fundamentos científicos y los fundamentos éticos en la toma de decisiones en salud mental asistencial.⁴¹

CRITERIOS DE LEGITIMACIÓN: REQUISITOS LEGALES

El cumplimiento de los requisitos legales constituye la condición indispensable que la legislación establece para que una internación involuntaria por motivos de salud mental sea legitimada y sea considerada válida en términos legales y ajustada a derecho. El cumplimiento de estos requisitos legales garantiza la finalidad legitimadora de los mismos. Su función primordial es salvaguardar los derechos constitucionales fundamentales de la persona y sus extensiones, especialmente el derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad personal o la de terceros y el derecho a la protección de la salud mental. Al tratarse de una privación de la libertad individual, desde un enfoque jurídico, estos requisitos operan como un filtro riguroso, permitiendo la internación involuntaria únicamente bajo circunstancias de excepcional crisis o alteración psicopatológica.

A los fines de legitimar la internación involuntaria, el inciso a del Artículo 20 de la ley 26.657 establece la realización de un dictamen profesional interdisciplinario que debe reunir los siguientes requisitos legales: 1. realizar una evaluación interdisciplinaria y el consecuente informe interdisciplinario, que deberá constar de: a) una breve descripción del cuadro psicopatológico de la persona; b) un diagnóstico presuntivo, interdisciplinario e integral; c) los motivos que justifican la internación; d) se debe determinar la existencia de una situación de riesgo de

daño cierto e inminente; e) la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra. 2. la notificación obligatoria en un plazo de 10 horas al juez competente y al Órgano de Revisión de salud mental. a) a las 48 hs se deben agregar todas las constancias previstas en el Artículo 16 y 20 de la ley 26.657. 3. designación obligatoria de un abogado defensor. 4. el Juez, en un plazo de tres (3) días corridos (el Art. 31 extiende este plazo a siete días), deberá AUTORIZAR o DENEGAR la internación involuntaria.

Por otro lado, corresponde señalar que la implementación de los requisitos legales establecidos en el Art. 20 de la Ley 26.657, tienen alcances exclusivamente institucionales, a partir del momento que la persona ingresa al establecimiento de salud (hospital general, hospital especializado en salud mental o clínica psiquiátrica). Estos requisitos legales exigen exclusivamente al equipo profesional interdisciplinario del servicio asistencial que realice la internación una vez que la persona ya está ingresada al establecimiento de salud. El dictamen interdisciplinario es el fundamento de la sentencia judicial del Art. 37 del CCyCN.² En el marco de la salud mental asistencial, y en sintonía con la Ley 26.657, entre los requisitos legales comunes a toda internación por motivos de salud mental, emerge como principal y excluyente requisito legal para proceder a legitimar una internación involuntaria lo siguiente: que el equipo interdisciplinario asistencial del establecimiento que realiza la internación realice una evaluación interdisciplinaria a la persona y dictamine que, por su vulnerabilidad psicopatológica, la persona se encuentra en una situación de riesgo de daño, cierto e inminente, para su vida, su integridad física o la de terceros. Una vez notificado, dentro de un plazo máximo de 7 días (Art. 25, ley 26.657 CCyCN), el juez civil

interviniente debe emitir una sentencia judicial para autorizar la internación involuntaria si considera que están dadas las causales previstas por la Ley 26.657 o denegar la misma, en el caso contrario, ordenando la externación inmediata (inciso c, Art. 21, Ley 26.657). La persona internada sin su consentimiento tiene derecho a designar un abogado defensor de su confianza, y si no lo hiciera, el Estado tiene la obligación de proveer un abogado que asuma su defensa técnica en el proceso judicial (Art. 22 Ley 26.657). Las internaciones de personas menores de edad o declaradas incapaces deben ser consideradas internaciones involuntarias y deben proceder de acuerdo a lo establecido en el Art. 41 del CCyCN y en los artículos 20 al 26 de la ley 26.657.

CONCLUSIONES

La internación involuntaria por motivos de salud mental es una medida judicial de protección de derechos que configura un instituto jurídico procesal facultativo y restrictivo del derecho a la libertad individual, y debe concebirse como un recurso terapéutico excepcional (Art. 20, párr. 1º de la ley 26.657); su realización se fundamenta en la existencia de criterios de internación interdisciplinarios. Protege derechos constitucionales fundamentales generales como el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal y de terceros y el derecho a la protección de la salud mental y el derecho específico a la internación con fines psicoterapéuticos. Con la finalidad de legitimar esta privación de la libertad, se debe constatar, a partir de una evaluación interdisciplinaria institucional, si la persona afectada en su salud mental se encuentra en una situación de riesgo de daño cierto e inminente para su vida, su integridad física o la de terceros. Al mismo tiempo, que la persona se encuentre en una situación de riesgo cierto e inminente

configura un requisito legal preciso que constituye el único causal válido en el derecho argentino para proceder a legitimar una internación coactiva; dicha situación debe estar condicionada por la existencia de un padecimiento mental, determinante de la vulnerabilidad psicopatológica de la persona. Este requisito legal, que se inscribe en el enfoque del Paradigma Situacional, se fundamenta en la existencia de criterios clínicos e interdisciplinarios de internación y de rigurosos criterios legales de legitimación, entre otras numerosas variables, que permiten determinar la existencia de una situación de riesgo de daño en la que se encuentra la persona.

La interrelación entre los requisitos legales y los criterios interdisciplinarios de internación, junto con un procedimiento de constatación y determinación del riesgo situacional y un control de legalidad constante, son fundamentales para garantizar que esta medida judicial restrictiva, facultativa y excepcional (la internación involuntaria) se instrumente respetando plenamente los principios bioéticos que guían la tarea asistencial y los derechos constitucionales fundamentales de las personas con padecimientos mentales. La evaluación clínica interdisciplinaria implica, inexorablemente, realizar al mismo tiempo una valoración de prioridades entre los derechos constitucionales fundamentales que se encuentran en tensión en toda situación de riesgo, el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal y de terceros, desde la perspectiva de los principios bioéticos de no maleficencia/beneficencia, justicia y autonomía del paciente en la toma de decisiones terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Declaración Universal de los Derechos Humanos. ONU. Año 1948. Artículo 3:

“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.” Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

2- Zaffaroni E. R y Badoza J. Derecho y Salud Mental. Una mirada interdisciplinaria. Kraut, Director. Tomo I. Pág. 559. Año 2020. Rubinzal - Culzoni Editores. Buenos Aires. Argentina.

3- Laufer Cabrera M. ¿Qué dice el nuevo Código Civil sobre las internaciones de Salud Mental? Infojus

4- Decreto P.E.N. 603/2013. Artículo 20. Párr. 2. Reglamentación de la Ley 26.657. Argentina. Año 2013. Disponible en <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=215485>

5- Declaración Universal de los Derechos Humanos. ONU. Año 1948. Artículo 3: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.” Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

6- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 6^a ed. New York: Oxford University Press; 2009.

7- Lorenzetti, R.L. CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN, COMENTADO. Tomo I°, pág. 201. Rubinzal - Culzoni Editores.

8- Lorenzetti, R.L. CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN, COMENTADO. Tomo I°, pág. 201. Rubinzal - Culzoni Editores.

9- Código Civil y Comercial de la Nación. República Argentina. Año 2015. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm>

10- Código Procesal Penal Federal. Año 2019. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/319681/norma.htm>

- 11- Vegh Weis Valeria. La perspectiva de los Derechos Humanos: el nuevo paradigma en salud mental. REVISTA INSTITUCIONAL DE LA DEFENSA PÚBLICA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. Año 5 NÚMERO 7 JULIO DE 2015. Pág. 163.
- 12- Gramajo, Marcelo Eduardo s/robo en grado de tentativa. Causa N° 1573C. Fallo Corte Suprema de Justicia de la Nación, Rep. Argentina. Disponible en: <https://www.palermo.edu/derecho/inejep/documentacion-archivos/jurisprudencia/Corte-Suprema-de-Justicia-de-la-Nacion/CSJN-Gramajo.pdf>
- 13- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 6^a ed. New York: Oxford University Press; 2009.
- 14- Toro Martínez. E. La noción de “situación de riesgo cierto e inminente” en la Ley 26657/10. Acerca de la diferencia entre “estar” y “ser” y sus consecuencias médico legales”. Editorial SCIENS // 25. Año 2011.
- 15- Toro Martínez E. De la peligrosidad al riesgo (grave) cierto e inminente de daño para sí y/o terceros. CUADERNOS ARGENTINOS DE CIENCIAS FORENSES. AÑO 2 - N° 2. Diciembre 2024 ISSN 3072-6700. Disponible en: <https://www.csjn.gov.ar/cmfcs/files/revista.a.htm>
- 16- Ídem 15.
- 17- Riu J.A. Tavella G. El concepto de peligro y estado peligroso en el código penal argentino. Revista de la AMFJN. Año VII - N° 11. Pág. 49 a Pág. 55. Septiembre de 1994.
- 18- Bonnet E.F.P. Estado peligroso. Psiquiatría y Psicopatología forenses. pág. 963 a pág. 1019.
- 19- Bonnet E.F.P. Estado peligroso. Psiquiatría y Psicopatología forenses. pág. 978.
- 20- Bonnet E.F.P. Estado peligroso. Psiquiatría y Psicopatología forenses. pág. 983.

- 21- Kraut A. y Palacios A. Art 31 a 50 en Lorenzetti, R.L. CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN COMENTADO. Tomo I°, pág. 211. Rubinzal - Culzoni Editores. Año 2016.
- 22- Gorbacz, L. Un cambio de paradigma en la salud mental. 26/11/2010. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-157578-2010-11-26.html>
- 23- Gastaldi P. y Gulli B. "Privaciones de libertad con justificación terapéutica en Argentina". Privaciones de libertad por razones de salud mental en Latinoamérica. Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica del Departamento Académico de Derecho (CICAJ-DAD). © Pontificia Universidad Católica del Perú. Septiembre de 2024.
- 24- Monasterolo, N. Salud mental y justicia. Lecturas y aplicaciones posibles. Lerner. Año 2019.
- 25- Toro Martínez E. De la peligrosidad al riesgo (grave) cierto e inminente de daño para sí y/o terceros. CUADERNOS ARGENTINOS DE CIENCIAS FORENSES. AÑO 2 – N° 2. Diciembre 2024.
- 26- Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/A/BOCG-15-A-64-1.PDF
- 27- Gastaldi P. y Gulli B. "Privaciones de libertad con justificación terapéutica en Argentina". Privaciones de libertad por razones de salud mental en Latinoamérica. Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica del Departamento Académico de Derecho (CICAJ-DAD). Pontificia Universidad Católica del Perú. Septiembre de 2024.
- 28- Areco A. Areco J.M. Luna M. Peligrosidad en psiquiatría legal y forense. Réquiem para la noción de peligrosidad criminal en salud mental. Riesgo psicopatológico. Riesgo situacional. Editorial SCIENS. Abril 2025.
- 29- Diccionario RAE. Disponible en <https://www.rae.es/>
- 30- Diccionario Panhispánico del Español Jurídico. Real Academia Española. <https://dej.rae.es/>
- 31- Silva, D.H. (2017) Riesgosidad: Un nuevo paradigma desafío pericial. Rev Act Derecho de Familia en el Código Civil y Comercial. Ediciones Jurídicas, 6, 145-160
- 32- Silva, H.D., Muñiz, M. Mazzoglio y Nabar, M.J., "Podemos hablar de riesgosidad en salud mental?". Boletín de trabajos y publicaciones científicas. AMFRA. 2025.
- 33- Areco, A., Areco J.M., Luna M. Hacia un paradigma situacional en el campo de la salud mental. ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol 67 (3). Septiembre 2021. Pág.153-161
- 34- CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Art. 11. Disponible en <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- 35- CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Art. 11. Disponible en <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- 36- Ley 17132. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/nORMATIVA/nacional/ley-17132-19429>. Año 1967.
- 37- Ley 23277. Disponible en <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInterno/anexos/20000-24999/20059/norma.htm> Año 1985.
- 38- CCyCN. Art. 42. Traslado dispuesto por autoridad pública. Evaluación e internación. Disponible en <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInterno/anexos/235000-239999/235975/texact.htm>
- 39- Kraut A. y Palacios A. Capítulo sobre los Art 31 a 50, en Lorenzetti, R.L. CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN COMENTADO. Tomo I°, pág. 211. Rubinzal - Culzoni Editores. Año 2016.

40- Vega Vega, C., Bañón González, R.M.,, Fajardo A. A. Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. Instituto de Medicina Legal de Alicante, Alicante,

España. Revista ELSEVIER. 2010.

41- Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Pág. 11. EUDEMA. Año 1991. Madrid. España